Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):367

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-032 - INFECCIONES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

J. Molina Campos, A. Garrido Castro, J. Pérez Díaz, M. Navarrete de Gálvez y F. Garcés Molina

Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

Resumen

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia como centro a propósito de cuatro casos recientes de infección por micobacteria no tuberculosa (MNT) en pacientes afectos de artritis reumatoidea (AR).

Material y métodos: Se recogieron retrospectivamente los aislamientos de MNT, supervisados por Microbiología y Neumología, de los últimos 10 años seleccionando los que padeciesen enfermedad reumatológica y/o colagenovascular. Identificamos cuatro casos de artritis reumatoidea (FR y ACPA positivos) en el total de la casuística, todos ellos en los tres últimos años. Caso 1. Mujer. 65 años. Cardiopatía congénita tipo CIA intervenida. Insuficiencia mitral moderada. Fibrilación auricular crónica anticoagulada. Asma bronquial persistente en tratamiento con corticoide inhalado. AR seropositiva controlada con leflunomida y etarnecept semanal en los últimos años, en remisión. Consulta por infecciones respiratorias recurrentes. TC Tórax: Infiltrados periféricos pseudonodulares inflamatorios bilaterales. Fibrobroncoscopia con aislamiento en BAS de Mycobacterium avium intracellulare (MAI). Tratamiento durante un año con claritromicina/etambutol/rifampicina (CL/E/R). Curación. Caso 2. Mujer. 58 años. OCFA leve. Artritis reumatoidea deformante seropositiva corticodependiente. Tratamientos previos con Humira, actualmente abatacept y metotrexate semanal, en remisión. Consulta por sobreinfección de bronquiectasias crónicas. TC Tórax: Lesiones nodulares centrolobulillares. Infección por MAI (BAS positivo). Tratamiento durante un año con CL/E/R. Curación. Caso 3. Mujer. 76 años. Artritis reumatoidea seropositiva medicada con metotrexate semanal subcutáneo y pautas cortas ocasionales de esteroides. Consulta por disnea progresiva y expectoración hemoptoica. TC tórax: fibrosis pulmonar. Patrón micronodular con ramificaciones en yema de árbol. Esputo positivo para MAI. Terapia CL/E/R. Curación. Caso 4. Mujer. 63 años. EPOC fenotipo agudizador. Bronquiectasias. Artritis reumatoidea erosiva seropositiva medicada con metotrexate y posteriormente con leflunomida más pautas breves de esteroides, en remisión. Consulta por reagudización bronquial leve. TC Tórax: nódulos centrolobulillares en vidrio deslustrado. Bronquiectasias. Positividad de MAI en esputo y BAS. Tratamiento iniciado en junio 2017 con CL/E/R. En seguimiento.

Resultados: Los cuatro casos comparten género, enfermedad reumatológica de base de larga data y patología pulmonar parenquimatosa o bien de vía aérea. Dos de las señoras recibían agentes biológicos y las otras dos FARME. El patrón radiológico pseudo o micronodular fue el que predominó. El aislamiento microbiológico fue común en los cuatro casos (MAI), siendo el concurso del neumólogo imprescindible en tres por la práctica de fibroscopia. La evolución ha sido favorable

con triple terapia antibiótica bien tolerada, solo en un caso se tuvo que suspender etambutol por neuritis óptica.

Discusión: Comentar que MAI (grupo III de Runyon) es una micobacteria atípica de distribución universal, previo a la aparición del sida se comunicaban muy pocos casos de estas infecciones y todos ellos en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. La presencia de enfermedad reumática con compromiso inmunitario celular asociado al tratamiento, ya sea biológico o modificador de la enfermedad, está haciendo emerger un nuevo perfil de paciente infeccioso. Son sobradamente conocidos los casos de tuberculosis en pacientes tratados con anti-TNF, principalmente por la presencia de infección tuberculosa latente o “dormida”, pero como hemos comprobado en nuestra serie también se documentan infecciones agudas por otras micobacterias.

Conclusiones: Estamos asistiendo a un repunte en la incidencia de infecciones por micobacterias atípicas propiciado por un incremento en el número de pacientes con enfermedades o tratamientos que provocan inmunocompromiso. El tratamiento adecuado de estas infecciones precisa de dos condiciones: concurso de varios medicamentos y un largo periodo de cumplimiento supervisado.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.